UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 90

FACULTÉ DE MÉDECINE

SUR

LES KYSTES

TUBO-OVARIENS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Juillet 1913

PAR

Henry MARTIN

EX-INTERNE DES HOPITAUX D'AVIGNON

Né à Bessan, le 7 Mars 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
17 FEB 14
LIBRARY

Examinateurs de la thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président.*
SARDA, Professeur.
SOUBEYRAN, Agrégé.
MASSABUAU, Agrégé.
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

SUR LES KYSTES TUBO-OVARIENS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 90

7

FACULTÉ DE MÉDECINE

SUR
LES KYSTES
TUBO-OVARIENS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Juillet 1913

PAR

Henry MARTIN

EX-INTERNE DES HOPITAUX D'AVIGNON

Né à Bessan, le 7 Mars 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président.*
SARDA, Professeur.
SOUBEYRAN, Agrégé.
MASSABUAU, Agrégé.
} *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

A MES SŒURS CHÉRIES

Souvenir de tendre affection.

A MON ONCLE ET A MA TANTE

En témoignage de mes sentiments de profonde et reconnaissante affection.

A MON CHER NEVEU ETIENNE LATREILLE

MEIS ET AMICIS

H. MARTIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SARDA

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS SOUBEYRAN
ET MASSABUAU

H. MARTIN.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DES HOPITAUX D'AVIGNON

H. MARTIN.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND

INTRODUCTION

Au moment de quitter définitivement notre chère Faculté de médecine de Montpellier. il est pour nous un devoir, il est vrai bien agréable, celui de dire adieu et de témoigner notre reconnaissance à tous ceux qui furent nos maîtres et guidèrent nos premiers pas dans la carrière médicale. Bien longue serait la liste de ceux : professeurs, agrégés, chefs de travaux de laboratoires, internes, vers lesquels vont nos sentiments de reconnaissance, qu'ils soient associés tous en la même expression de gratitude et qu'ils souffrent que nous leur disions publiquement et bien sincèrement merci.

Je ne puis cependant, à cette heure, ne pas remercier tout spécialement le professeur Tédenat, reportant un peu sur le fils, la vieille amitié qui l'unissait au père, il n'a cessé, durant les mois où nous suivions ses cliniques, de nous aider de ses conseils et de ses encouragements. Notre gratitude pour lui est grande et nous ne saurions trouver d'expressions pour le remercier du grand honneur qu'il nous a fait, en acceptant de présider cette thèse.

Nous avons travaillé quelques mois dans le laboratoire du professeur Sarda, il nous fut donc permis d'apprécier en même temps que la rigueur scientifique et la sûreté de méthode du maître, son inappréciable bonté. Nous garderons toujours le souvenir de son affabilité, nous rappe-

lant ses enseignements et ses exemples, qu'il reçoive donc, avec nos remerciements, l'assurance de notre profonde affection.

Le professeur agrégé Soubeyran, fut l'inspirateur de notre travail, il l'aida de ses conseils éclairés, continuant en cela les bontés qu'il n'avait cessé de nous témoigner durant nos études à la Faculté de Montpellier. Pour lui, notre reconnaissance est grande, ainsi que pour le professeur agrégé Massabuau, qui a voulu encore ajouter à tant d'autres un témoignage d'affectueux intérêt en acceptant de siéger à notre thèse.

Il ne nous est point permis d'oublier ces deux dernières années de notre cycle d'études médicales, années écoulées à l'hôpital d'Avignon. Nous avons rencontré, chez la plupart des médecins et chirurgiens, l'accueil le meilleur, et il nous est particulièrement agréable de le rappeler à cette heure.

Le docteur Paul Pamard, chirurgien en chef des hôpitaux d'Avignon, nous permit de nous familiariser avec ces questions, quelquefois bien délicates, de la technique chirurgicale ; ce fut à son exemple que nous apprîmes la hardiesse et la décision dont tout chirurgien doit faire preuve aux moments périlleux, qu'il accepte donc, avec nos remerciements, le témoignage de notre vive reconnaissance. Le docteur Montagard, chirurgien en chef des hôpitaux d'Avignon, ne cessa d'être pour nous un maître affable et dévoué, il a bien voulu nous honorer de son amitié et si plus tard, d'un regard éclairé, nous pouvons embrasser les difficiles questions de chirurgie abdominale, c'est bien à lui que nous le devrons. Le docteur Tartanson, chirurgien en chef des hôpitaux d'Avignon, fut pour nous le plus dévoué des amis, il ne cessa de nous guider, soit par ses conseils, soit par ses exemples,

nous nous souviendrons toujours de ce que nous devons au chirurgien habile dont nous fûmes heureux d'apprécier l'enseignement et à l'ami dont la bonne grâce inlassable sut toujours nous ménager le plus favorable accueil. Nous n'aurions garde d'oublier le docteur Cassin, chirurgien en chef de la maternité de Vaucluse, et surtout le docteur Brunschwig, professeur départemental d'accouchements et accoucheur à la maternité de Vaucluse, qui, durant notre trop court séjour auprès de lui, nous prodigua ses conseils, les alliant à la plus sincère cordialité, qu'il reçoive l'expression de notre gratitude. Nous eûmes aussi le plaisir d'être l'interne des docteurs Jacquet, Vincenti, Abelly et Penne, nous avons gardé d'eux le meilleur souvenir.

A tous ceux, nos maîtres, camarades et amis, à tous ceux qui au courant de nos études médicales, soit à Montpellier, soit à Avignon, nous témoignèrent leur affection et ne cessèrent, nous entourant de bons conseils, d'être pour nous de vrais et sûrs amis, à tous ceux-là, nous disons du fond du cœur merci. Ils ont, à divers titres, acquis une grande part de droits à notre reconnaissance, nous ne saurions l'oublier et leur souvenir demeurera toujours vivace en notre mémoire.

SUR LES KYSTES

TUBO-OVARIENS

HISTORIQUE

Jusqu'en 1853, date des premiers travaux de Richard, on trouve dans la littérature chirurgicale peu d'observations ayant trait à notre sujet.

Morgagni, il est vrai, dans ses lettres sur l'hydropisie, nous parle incidement d'un kyste de l'ovaire se continuant avec la trompe, de même *Chambon* dans l'hydropisie des trompes et des ovaires, cite la communication de la trompe enflammée et de l'ovaire kystique et relate le fait de la compression sur l'ovaire amenant l'issue d'un écoulement.

En 1853 dans les mémoires de la Société de chirurgie, Richard décrit des tumeurs kystiques formées en partie par la trompe et en partie par l'ovaire et pour la première fois se sert de l'appellation de *kyste tubo-ovarien*.

En 1857 dans le Bulletin de l'académie de médecine, il revient sur le même sujet et confirme ses conclusions. La même année dans le Bulletin général de thérapeutique il rapporte deux observations nouvelles et donne à tort comme signe pathognomonique la diminution de la tumeur à mesure de l'apparition d'un écoulement.

Depuis cette époque un certain nombre de travaux fu-

rent publiés sur la question, en France elle fut à peu prés oubliée et c'est en Allemagne, en Amérique et en Angleterre, où elle fut l'objet d'une étude approfondie.

En Allemagne on trouve les travaux de Rokitansky (1859), Burnier (1880), Olshausen (1886), Schramm (1890), Rosthorn (1891), Gottschalk (1891), Zahn (1898), Orthmann (1899), Nassaüer (1900), Preiser (1901) ; les thèses de Beaucamp (1854), Reboul (1885), Lober (1885), Wachsmuth (1885), Hoos (1902).

En Amérique et en Angleterre : Robinson (1891), Beahan (1900), Spencer Wells (1883), Griffith (1887), et Cullen (1895) s'occupèrent de notre sujet.

En 1901 dans la médecine contemporaine de Lisbonne, Coelho étudia la pathogénie des kystes tubo-ovariens.

En France nous devons cependant citer la thèse de Cabaniols (1900), ainsi que l'étude complète et approfondie de Leguen et Cabannios (1900) dans la Revue de gynécologie et chirurgie abdominale, la thèse documentée de Beis de Montpellier (1903) où nous avons trouvé de précieuses indications pour notre travail.

Labbé (1857), Letenneur (1859), Bauchet (1859), Terrillon (1888), Pozzi (*in* Traité de gynécologie), Labadie, Lagrave et Leguen (*in* Traité médico-chirurgical de gynécologie) ont consacré quelques pages aux kystes tubo-ovariens, et au Congrès de chirurgie de Paris de 1904, le professeur Boursier en fit l'objet d'une intéressante communication. Enfin en février 1913 le professeur Tédenat et le docteur Rives son chef de clinique en rapportèrent deux nouveaux cas à la société médicale des hôpitaux de Montpellier.

Tels sont les nombreux auteurs qui s'occupèrent de la question et dont nous aurons souvent à analyser les idées au cours de ce travail.

DÉFINITION

Parmi les kystes de l'ovaire, une variété mérite d'être distinguée et classée, par suite d'une particularité morphologique importante, qu'ils doivent à leurs connexions acquises avec la trompe ; nous voulons parler des kystes tubo-ovariens. Nous désignerons ainsi la tumeur formée par la communication établie entre un kyste de l'ovaire et la trompe correspondante, plus ou moins enflammée et dilatée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes tubo-ovariens sont relativement rares, en effet, Robinson écrivait : « Ils sont au nombre de trois pour trois cents ovariotomies ; Winkel n'en a trouvé que deux pour cinq cents autopsies. » Olshausen sur trois cents ovariotomies, en rencontre trois, dont un bilatéral. Notre maître, le professeur Tédenat, au cours de nombreuses ovariotomies, pratiquées par lui, a réuni sept ou huit cas de kystes tubo-ovariens. Enfin, Legueu, après avoir rassemblé tous les cas publiés, les qualifie de véritable trouvaille opératoire. »

« Ces kystes s'observent généralement entre trente et quarante ans, plus souvent à droite, qu'à gauche », a écrit Legueu. Cependant, en compulsant les observations connues il nous semble qu'ils peuvent survenir à une époque quelconque de la vie génitale et siéger indifféremment à droite ou à gauche ; on cite quelques observations de kystes bilatéraux, mais elles sont rares.

Le volume de ces kystes est habituellement peu considérable, variant de celui d'une noix à celui d'une tête de fœtus, mais il en est aussi de plus gros et on cite le cas d'Hildebrandt qui traita un kyste contenant quinze litres et ayant le volume d'un utérus à terme.

Les annexes utérines forment une masse unilatérale, recouverte d'adhérences, quelquefois très étendues, mais le plus souvent peu nombreuses. On peut quelquefois

reconnaître la trompe plus ou moins dilatée qui vient s'accoler et se fusionner à la poche ovarique kystique, plus ou moins volumineuse. L'ovaire, surtout lorsqu'il est poly ou scléro-kystique (Obs. I, IV, V), peut être parfaitement différencié, mais dans bien des cas, il est complètement méconnaissable.

L'ensemble a été comparé comme forme, à une cornue, le col ou goulot, serait représenté par la partie interne de la trompe et la panse correspondrait au kyste de l'ovaire, continuant la portion externe de la trompe, sans ligne de démarcation dans la plupart des cas. On a décrit aussi une partie intermédiaire, renflée en forme de manchon, qui servirait de trait d'union entre la trompe et l'ovaire et les ferait communiquer grâce à sa cavité (Kaltschker). Ce segment intermédiaire a été dénommé par Pfannenstiel « pyocèle péritubaire. »

Pour la clarté de notre description nous étudierons successivement :

1° Le col formé par la trompe;
2° La panse formée par l'ovaire ;
3° La partie intermédiaire,

1° Si nous examinons la trompe en partant de la corne utérine jusqu'au moment où elle se confond avec le kyste ovarique, nous voyons qu'elle se présente à nous, suivant le cas, sous plusieurs aspects ; peu dilatée parfois mais aussi souvent distendue en *sacto-salpinx* (1). Cette dilatation porte en général sur les deux tiers externes de la trompe et se trouve à son maximum au niveau du pavillon, d'où un aspect sacciforme ou ampullaire. Sur

(1) A Martin, propose de nommer ainsi toute collection tubaire, quelle que soit la nature du liquide.

les quelques centimètres restant, près de la corne utérine, la trompe a à peu près conservé sa grosseur normale, mais y présente une dureté plus grande. Son diamètre augmente peu à peu vers sa partie externe et la trompe allongée, bosselée, sinueuse, prend souvent un aspect boudiné avec plis et sillons, déterminés par des adhérences ou quelquefois par une véritable torsion (Obs. V). La dilatation se fait parfois progressivement et les transitions sont presque insensibles.

Le pavillon tubaire ne peut-être reconnu de l'extérieur de la tumeur : certains auteurs ont parlé d'un sillon ou d'une trace de cicatrice, séparant le pavillon de l'ovaire, mais ce ne sont point là des cas auxquels on puisse donner une portée générale.

Cette portion dilatée de la trompe possède des dimensions variant de celles du pouce, à celles d'un œuf de poule ; la couleur en est légèrement rosée, lorsque la dilatation n'est point exagérée, mais devient blanc bleuâtre dans le cas contraire,

Microscopiquement, le péritoine entourant la trompe est épaissi, avec des fausses membranes, la trompe est plus ou moins altérée, à parois amincies, à différents degrés, suivant la dilatation, qu'elle a eu à subir. Quant à sa musculature on peut la trouver intacte ou transformée en tissu fibreux. On reconnaît des lésions de salpingite, tantôt interstitielle, diffuse, banale et de faible intensité (obs. I. IV. V) ; les plis sont conservés, l'épithélium a disparu ou s'est peu altéré et présente des cellules à cils vibratiles, quelquefois la muqueuse est lisse, à cellules cylindriques, ou bien on trouve des végétations venant cloisonner la lumière de la trompe. Tantôt les parois sont simplement amincies et non enflammées (obs. II. VI. VII). L'ostium utérinum peut ou non rester perméable,

s'il est perméable le liquide s'écoule dans l'utérus, lorsque la pression de la poche est trop forte, il y a ainsi une soupape de sûreté, qui empêche la distension exagérée et l'accroissement du kyste.

II. A la portion tubaire, fait suite une portion globulaire, constituée par le kyste lui-même et aussi par le pavillon de la trompe, qui est venu faire corps avec le kyste, sans solution de continuité apparente extérieurerement. Son volume varie de celui d'une amande verte (obs. I), à celui d'une tête, en passant par celui des denx poings (obs. VII). Sa surface régulièrement sphérique en général, est parfois bosselée, d'où la comparaison avecun petit sac de noix. On y rencontre des fausses membranes qui, en régularisant son contour l'unissent le plus souvent aux organes voisins. La coloration générale est blanche, avec des bandes sombres formées par le trajet des vaisseaux.

Pratiquons une coupe dans cette poche, il nous sera d'abord permis de reconnaître ses deux parties constituantes, une tubaire, une ovarienne, communiquant par un orifice net. Cet orifice arrondi ou ovalaire varie de trois millimètres à un centimètre de diamètre suivant le volume de la tumeur. Rien extérieurement ne faisait pressentir son existence, l'examen à travers la poche est donc nécessaire.

Cet orifice ne siège point à l'union de la trompe et de l'ovaire, il est intra-tubaire et correspond à l'ostium abdominal. Le pavillon de la trompe se reconnaît du reste facilement sur la paroi de la poche, à sa couche musculaire et aux franges, dont est bordé l'orifice tubaire. Suivant une comparaison aussi élégante qu'imagée, de notre maître, le professeur Tédenat, elles donnent au

pavillon l'aspect d'une anémome de mer. Ces franges peuvent être libres et flotter (obs. IV), mais en général, elles adhèrent aux parois kystiques, et forment un relief plus ou moins sensible suivant leur épaisseur.

D'après ces considérations, on voit aisément que la communication tubo-ovarienne s'est faite par l'extrémité de la trompe. Dans certains cas pourtant, l'orifice s'est creusé latéralement dans la paroi tubaire ; cette disposition décrite par Runge et Thoma est exceptionnelle.

La partie ovarienne du kyste peut être uni ou pluriloculée (obs. II, III, IV, V.), quelquefois aussi sclérokystique (obs. I) et papillaire à végétations endo-kystiques comme dans les observations VI et VII. Mais ici on a à faire à un processus spécial et il y a eu évidemment perforation néoplasique de la cloison tubo-ovarienne et greffe dans la trompe.

La paroi kystique est mince, plus transparente à sa partie supérieure, qu'à l'inférieure, elle présente à la coupe deux couches ; une externe conjonctivo-élastique, une interne à épithélium cubique en certains points, caliciforme en d'autres ; on trouve parfois entre elles, une couche moyenne cellulo-vasculaire.

Le contenu du kyste est variable : quelquefois visqueux, coloré en jaune, rappelant le liquide des kystes mucoïdes (obs. IV, VI. VII), d'autres fois, fluide et brunâtre, comme s'il y avait eu des hémorragies anciennes, on peut du reste y retrouver des hématies (Obs. I et II). Dans une des observations rapportées par nous, le contenu fut trouvé séro-purulent, trouble, mélangé de grumeaux, on l'aurait pris facilement pour du pus d'abcès froid (obs. III). On a rencontré rarement des kystes à contenu hématique. Gottschalk et Schramm en ont décrit quelques cas.

III° Comme l'a montré notre description, c'est en général, la partie ovarienne renflée, qui est la plus volumineuse ; dans certains cas au contraire, on se trouve en présence, comme dans un cas cité par Kotschau, d'un petit kyste de l'ovaire, communiquant avec une volumineuse collection tubaire. Dans d'autres faits, ce n'est ni la trompe, ni l'ovaire, qui forment la partie la plus dilatée, mais une sorte de segment intermédiaire, sorte de pyocèle enkysté. On le dissocie facilement à l'œil nu de la trompe et de l'ovaire, dont le séparent des sillons nets ; la trompe paraît serrée au niveau de son pavillon et l'ovaire est richement recouvert d'adhérences. Cette poche présente généralement en arrière un point faible et il arrive souvent dans ces cas, de percer la poche, lors de sa décortication. La poche incisée laisse voir l'orifice abdominal de la trompe avec ses franges ampullaires libres ou adhérentes et du côté de l'ovaire une communication, ou quelquefois aussi une séparation nette. Le contenu de cette poche ne présente rien qui puisse le différencier de la description donnée à propos du liquide de la cavité kystique ovarienne.

Ces kystes tubo-ovariens sont réunis à l'utérus par un pédicule, constitué par le ligament utéro-ovarien, la trompe elle-même et le ligament large, pédicule contenant des vaisseaux artériels et veineux. Ce pédicule peut ne pas exister, on a alors un kyste ovarien enclavé dans le ligament large ou bien un kyste du parovarium (cas de Von Ott.)

Comme nous l'avons souvent dit, au cours de notre description, il existe des adhérences réunissant la tumeur aux organes voisins et par ce fait même il est aisé de comprendre que l'ablation en est quelquefois rendue malaisée.

COMPLICATIONS

Au cours de son évolution le kyste tubo-ovarien peut être le siège de plusieurs sortes de complications.

Il peut se produire des hémorragies à l'intérieur de la tumeur (cas de Gottschalk, Elliot, Schramm), on en retrouve du reste des traces dans le liquide du kyste et un écoulement de sang à l'extérieur.

La rupture de la paroi kystique n'a jamais été notée ; en effet, les kystes ne deviennent presque jamais très volumineux, et lorsque la pression intérieure devient trop forte, il peut se produire une évacuation par l'*ostium uterinum*.

La torsion du pédicule est aussi chose rare, dans une seule observation, celle de Wachsmuth, il est question d'un léger degré de torsion. Legueu dans son travail sur la torsion des salpingites, donne comme conditions favorables, la mobilité de la salpingite, la minceur et la longueur du pédicule.

Ces mêmes conditions sont applicables aux kystes tubo-ovariens, mais ils ne les remplissent en général pas, en effet ils sont adhérents, et leur pédicule n'est ni long, ni mince, souvent même inexistant ; leur torsion est donc exceptionnelle.

Une autre complication peu commune des kystes tubo-ovariens est la suppuration, quoiqu'ils paraissent présen-

ter des conditions tout à fait favorables à sa production. L'infection par voie hématique est exceptionnelle, nous n'en parlons que pour mémoire, l'infection extérieure au contraire a une voie d'entrée toute préparée, puisque l'*ostium uterinum* est perméable dans beaucoup de cas, Cependant la suppuration ne se produit pas fréquemment, quatre fois sur 42 cas.

Certains auteurs ont envisagé la possiblité d'une grossesse dans un kyste tubo-varien préformé, Zahn et Vuillet se sont spécialement occupés de la question.

En 1885, Vuillet publia une observation de grossesse extra-utérine, qui lui parut développée dans un kyste tubo-ovarien préformé. Ceci étant donné, quelles sont les conditions nécesaires et suffisantes pour la production d'un tel fait ?

Nécessairement un ovule et un spermatozoïde doivent se rencontrer à l'intérieur d'un tel kyste. L'*ostium uterinum* étant le plus souvent perméable, on conçoit facilement qu'un spermatozoïde puisse pénétrer dans le kyste ; d'autre part, Vuillet rappelle, que Burnier a constaté la présence de follicules de de Graaf, dans la paroi d'un kyste tubo-ovarien, on peut donc concevoir la possibilité d'une fécondation.

De même la théorie de Zahn, que nous verrons au chapitre de la pathogénie, ne s'y oppose pas non plus.

Le spermatozoïde et l'ovule, dont le liquide du kyste ne contrariait pas la vitalité, concouraient à la formation d'un œuf, qui croissant peu à peu arrivait à distendre le kyste, comme l'aurait fait l'augmentation du liquide. Dans un pareil cas, la rupture du kyste fœtal se produisait beaucoup plus fréquemment que dans n'importe quel autre genre de grossesse extra-utérine (Zahn).

Une complication à craindre est l'infection, la puru-

lence de l'œuf, les microbes venant de la trompe, pénétrant à travers les membranes par ulcération, et provoquant la purulence de l'œuf et de son contenu.

Des observations de telles grossesses ont été publiées par Vuillet, Andrée, Paltauf, Schäffer, Rosthorn. Cependant beaucoup d'auteurs n'admettent pas la possibilité d'une grossesse ainsi développée.

PATHOGÉNIE

La pathogénie des kystes tubo-ovariens est un des chapitres les plus complexes et les plus compliqués en même temps, de l'étude des kystes. En effet, chaque auteur, d'après les cas spéciaux qu'il lui a été donné d'observer a voulu ériger une théorie spéciale, basée bien entendu sur les cas particuliers. De là une multiplicité de théories pathogéniques, pouvant à la rigueur expliquer certains faits, mais ne s'adaptant pas à la majorité des cas.

Nous les passerons succintement en revue, exprimant chemin faisant les critiques, que nous croirons susceptibles de leur être adressées.

Théorie physiologique ou de l'ovulation

Lorsque en 1853. Richard découvrit les kystes tubo-ovariens, il essaya, bien entendu d'en donner une explication et émit la « théorie de l'ovulation ».

Il considère d'abord le fait qu'une tumeur ovarienne peut se vider dans le canal excréteur et ajoute : « Cela est le résultat naturel de la physiologie et de ce jeu périodique qui met chaque mois en activité l'appareil génital interne de la femme ».

Lorsqu'un kyste se forme dans l'ovaire, c'est quelquefois une vésicule de de Graaf, qui parvenue à maturité, non seulement continue, mais encore dépasse son évolution, au lieu de produire un corps jaune. D'après le jeu physiologique et normal de cet acte important désigné sous le nom de fécondation et de ponte ovulaire, l'oviducte vient plaquer son pavillon sur cette vésicule mûre qui menace de se rompre. Que la vésicule se rompe et vide son contenu, nous demeurons dans les limites strictes de la nature, mais qu'une fois vidée, elle continue à proliférer et à donner une secrétion nouvelle, au lieu de se flétrir, tel est le fait pathologique, qui constituerait d'après Richard, ce qu'il désigna le premier sous le nom de kyste tubo-ovarien. Telle est la théorie, qu'il émet dès le début et soutint dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine*, en 1857, et dans le *Bulletin de Thérapeutique* la même année.

En 1859, *Rokitansky*, accepta la théorie de Richard, en l'adaptant bien entendu aux faits observés par lui. Il admit que la tumeur se formait aux dépens d'un corps jaune devenu kystique et communiquant avec la trompe adhérente, après rupture de sa paroi. Il avait trouvé, en effet, dans les parois des deux kystes qu'il avait observés. la pigmentation jaune caractéristique. Dans la suite, *Kolb* admit la même théorie.

Spencer Wells, dans le Traité des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus (1883), explique un nouveau fait. D'après lui la trompe est venue s'appliquer sur le follicule arrivé à maturité, mais il insiste sur ce fait : les franges tubaires, au lieu de se rétracter, sont restées adhérentes à l'ovaire ; le kyste ainsi constitué s'est rompu et on y retrouve les vestiges d'un corps jaune.

Il y a un fait qui n'est point explicable par cette théorie,

comment par le seul jeu physiologique de la menstruation, le pavillon devient-il adhérent à l'ovaire ? et d'où vient cette néoformation qui maintient les franges accolées et cela d'une façon stable, sans inflammation, comme le prétend Richard ? Il ne nous en donne pas l'explication, pas plus que Rokitansky, Kolb ou Spencer Wells.

C'est pourquoi en 1867, *Veit*, peu satisfait de la théorie de Richard et voulant expliquer ces faits, émit la Théorie mixte ou catarrhale.

Théorie mixte ou catarrhale

Voici quelle en est l'idée directrice : il se produirait une inflammation simultanée de la trompe et du follicule de de Graaf, qui rapprocherait les deux organes, qui après s'être coïmprimés pourraient communiquer, le catarrhe ayant produit la dilatation du follicule et sa rupture.

Robinson observa un kyste tubo-ovarien chez une femme et un cas chez l'animal, et après de nombreuses études sur la menstruation chez la femme et sur le rut chez les animaux, publia dans le *Journal américain d'obstétrique* en 1891, une étude dont voici les conclusions : « les facteurs de la formation du kyste tubo-ovarien sont : *a*) la dégénérescence kystique de l'ovaire. - *b*) la menstruation. -- *c*) une inflammation circonscrite pendant la période menstruelle. -- *d*) la rupture d'un follicule de de Graaf dans la trompe et l'apparition d'une endosalpingite ».

Nous retombons dans la théorie de Richard. mais avec un facteur surajouté : l'inflammation, due le plus souvent au gonocoque. Si nous entrons dans le détail de la théorie. voici comment Robinson l'explique :

Dans la menstruation ou le rut, le ligament ovarien se raccourcit, la trompe est de ce fait attirée vers l'ovaire. Elle ne choisit pas de point spécial d'accolement, mais vient coiffer l'ovaire comme un capuchon ; c'est à cet instant que la menstruation ou le rut se produisent. A ce moment, toujours d'après Robinson, ces organes sont le siège d'une congestion intense et au niveau du contact tubo-ovarien, du mucus est excrété, qui accole les franges à l'ovaire. L'adhérence ainsi formée présente une assez grande solidité et quand elle se rompt le mucus s'étire sous forme de filaments. Si à ce processus physiologique s'ajoute un processus inflammatoire, un tissu de néoformation sera créé et l'adhérence organisée. Voici donc notre adhérence constituée ; il se produit une dégénérescence kystique de l'ovaire, cela aux dépens d'un follicule ou d'un corps jaune, et voilà le second facteur essentiel de notre formation. Le kyste ainsi formé se rompt dans la trompe et la communication tubo-ovarienne est constituée. L'inflammation se propage le long de la trompe et la muqueuse de celle-ci se gonfle et devient saillante, emprisonnant enfin le contenu qui y a été déversé. Le liquide s'accumule et les parois distendues s'amincissent progressivement. Robinson admettait aussi un autre facteur de l'augmentation de volume du kyste : il pouvait se produire une rotation de la trompe sur son axe, de même que l'hydronéphrose est constituée par la rotation du rein sur son uretère.

Olshausen admit aussi le rôle prépondérant du gonocoque dans de telles formations inflammatoires.

Richard n'expliquait point dans sa théorie le mécanisme de l'adhérence tubo-ovarienne, Veit et Robinson l'attribuent à l'inflammation, mais ce n'est pas encore suffisant. Que sont devenues les franges? Quelle est leur

situation par rapport à l'ovaire kystique et pourquoi cette situation? Voilà ce qu'ils ne nous disent pas.

Von Rosthorn essaie de nous indiquer le mécanisme de cette intériorisation des franges ; au moment de l'ovulation, dit-il, la trompe s'enfonce dans le follicule qui vient d'éclater. Mais comme le fait remarquer *Orthmann*, à cet instant précis l'ouverture du follicule est trop minime pour permettre une telle intrusion, l'explication est donc tout à fait insuffisante, voire même illusoire.

Théorie pathologique ou inflammatoire

En 1880, *Burnier* émit une théorie purement inflammatoire et chercha surtout à expliquer la position des franges et la continuité de la muqueuse tubaire sur le kyste. D'après lui pour qu'il y ait kyste tubo-ovarien, il faut :

1° De la périmétrite, condition nécessaire pour la fermeture de l'ostium abdominal ;

2° De la salpingite aboutissant à la formation d'un hydrosalpinx ;

Hydropisie du follicule de de Graaf, ou du corps jaune ;

Par suite d'une inflammation de la trompe et du péritoine, les franges tubaires se recroquevillent et se renversent à l'intérieur du conduit, se soudant par leur surface péritonéale, d'où oblitération de la lumière de la trompe. Il se produit à l'intérieur de cette cavité close une sécrétion, et par accumulation de sérosité, une hydropisie, on a donc un kyste par rétention. La muqueuse de la trompe est très irritée et devient le siège d'un catarrhe, on a donc facilement un hydrosalpinx.

D'autre part, la périmétrite existante amène la forma-

tion d'adhérences, entre la trompe et l'ovaire, dont l'accolement est aussi favorisé par le ligament tubo-ovarien. Si un follicule ovarien se trouve en contiguité avec l'hydrosalpynx, il peut être ou devenir hydropique. Ces deux kystes augmentant de volume et ne pouvant s'ouvrir que difficilement ou pas à l'extérieur, distendent et amincissent progressivement leur cloison de séparation. Arrive un moment où cette cloison se résorbe; les franges tubaires se déroulent alors et sous l'influence de leur tonus propre ou de la pression venant de la trompe se renversent à l'extérieur, venant flotter dans l'ovaire. Plus tard elles pourront venir se souder à la paroi kystique, si intimément quelquefois qu'il sera difficile de les y retrouver, elles pourront même disparaître progressivement étalées et amincies par l'accroissement du kyste.

Burnier a aussi expliqué le cas des franges tubaires situées à l'extérieur, comme le rapporte Blasius, cela de la façon suivante. Si la paroi du follicule ovarien hydropique est résistante et ne se laisse pas distendre, les franges tubaires se libèrent petit à petit et rampent à sa surface, grimpant sur sa paroi. Qu'une rupture se produise à cet instant sous l'influence de l'augmentation de volume et nous aurons un kyste à franges externes.

Gottschalk pense que les kystes tubo-ovariens se forment par glissement de la trompe à l'intérieur d'un kyste rompu. En 1887, *Griffith* déposa à son tour ses conclusions :

1° La dilatation de la trompe et la formation des kystes ovariens sont généralement secondaires et non les facteurs principaux de la constitution des kystes tubo-ovariens.

2° L'application de la trompe sur l'ovaire est physiologique ou accidentelle.

3° Leur adhésion permanente est effectuée par une inflammation.

D'après lui, la cloison intermédiaire disparaît par distension, atrophie, suppuration, perforation ou envahissement de végétations intra-kystiques.

Schramm et avec lui Pozzi considèrent le kyste tubo-ovarien comme le résultat d'un kyste de l'ovaire et d'un salto-salpinx, accolés par des adhérences et fusionnés par résorption de la cloison commune.

Dans les Archives allemandes de gynécologie 1901, Preiser vint soutenir les idées du professeur Pfarmenstiel. Pour eux, le kyste tubo-ovarien serait le résultat de la formation d'une « pyocèle péritubaire ». La dilatation tubaire ne serait formée que partiellement par la trompe, il y aurait en plus et surtout la pyocèle péritubaire. Celle-ci ne serait autre qu'une membrane encapsulante autour d'un exsudat résultant d'un écoulement purulent venant de la trompe. Cette membrane se formerait de la même façon que celle qui vient encapsuler et limiter une hématocèle, dans les cas de grossesse extra-utérine. Cette tumeur englobe la trompe par son extrémité abdominale et présente avec l'ovaire des rapports de contiguité. S'il se forme alors un kyste de l'ovaire, qu'il grossisse progressivement, la paroi séparante s'atrophiera et la communication sera établie entre le kyste et la pyocèle.

En 1898, Zahn publia un travail où il arrivait à conclure que les kystes tubo-ovariens étaient le résultat de l'adhérence d'un hydrosalpinx à un ovaire ; sa description ne répond pas à ce que nous appelons kyste tubo-ovarien, il semble, en effet, laisser de côté le facteur kyste de l'ovaire.

Théorie congénitale

Nous ne pouvons, dans un chapitre de pathogénie, passer sous silence la théorie congénitale, quoiqu'elle ait été excessivement critiquée et que la majorité des auteurs pensent qu'elle ne doive pas être admise.

Schneidemühl (1883) observa un kyste tubo-ovarien chez une jument, il l'examina au microscope et ne découvrant aucune réaction péritonéale ni inflammation, conclut qu'il était congénital. Ce serait pour lui, tout simplement, une malformation intra-utérine dont le résultat serait la suppression de l'ostium abdominal et l'accolement de la trompe à l'ovaire. Zahn réfuta facilement ces idées, en montrant que l'inflammation produite après une laparotomie disparaissait rapidement, donc il y avait bien pu y avoir inflammation dans le cas précité.

En 1884, Beaucamp dans sa thèse sur la grossesse tubo-ovarienne et Reboul après lui reprirent l'idée. Pour eux il y a tout simplement anomalie congénitale, la trompe se termine en plein tissu ovarien, ils nomment l'ensemble « ovarialtube » et écrivent : « L'ovarialtube est constitué par une trompe dont l'extrémité abdominale formée d'un tissu qui se confond avec l'ovaire sans aucune limite nette, semble avoir l'ovaire lui-même comme terminaison ».

Dans aucune observation on n'a jamais pu encore caractériser nettement une telle origine. on peut donc dire que c'est la pure hypothèse. Du reste, ce que dans sa thèse Beaucamp avait pris pour une grossesse dans un kyste tubo-ovarien, pouvait être tout simplement une grossesse tubo-ovarienne avec poche secondaire au développement de l'embryon.

Robinson, dans un mémoire de 1890, explique l'origine congénitale des kystes, mais il s'empresse de dire qu'il ne partage pas ces vues. « Chez les mammifères inférieurs l'ovaire et l'oviducte représentent une glande avec un canal excréteur. En pareil cas, la formation des kystes tubo-ovariens est aisée. Une poussée inflammatoire produit rapidement un kyste par rétention. Ex.: la poule. Chez la truie, l'ovaire est dans une large poche constituée par le péritoine et la trompe de Fallope aboutit directement à cette poche. De même chez la chienne, la glande génitale ne peut être séparée de ses franges. Ici aussi la formation des kystes tubo-ovariens est facile ». Robinson se demande : « si par suite d'une malformation congénitale du corps de Wolf et pendant l'existence, il ne pourrait pas y avoir déplacement anormal de l'ovaire vers l'extrémité du canal de Müller et introduction de la glande dans ce conduit. Ainsi l'explication des kystes tubo-ovariens chez la femme serait des plus aisées ». Tout cela est pure hypothèse.

Zedel, en 1894, donna une explication basée sur l'embryologie. Normalement, la partie supérieure des canaux de Müller forme un conduit épithélial ouvert : l'ostium abdominal. Qu'on suppose que la formation ait été la même qu'à la partie inférieure et qu'elle soit constituée par ce qui aurait été les franges, s'il survient un hydrosalpinx, la trompe se confond avec l'ovaire et forme un kyste tubo-ovarien. C'est encore ici une pure hypothèse à laquelle son auteur ne croit pas, il a voulu uniquement formuler une opinion.

La théorie congénitale ne repose donc sur aucune base solide, puisqu'on n'a pu rapporter aucun fait où elle ait pu être dûment contrôlée, on doit donc la reléguer tout simplement au rang des hypothèses faciles et qui malheu-

reusement trop souvent séduisent l'esprit par leur simplicité.

Nous avons passé en revue les différentes théories ayant trait aux kystes tubo-ovariens ; à l'heure actuelle, éclairés par des faits plus nombreux et mieux observés et nous basant sur les observations de notre maître le professeur Tédenat, nous dirons quelle est d'après nous la théorie qui nous semble expliquer le mieux et de préférence la majorité des cas. Nous laisserons tout à-fait de côté les théories congénitales (Sneidemühl-Beaucamp) ou de l'origine physiologique (Richard), la majorité des auteurs se ralliant autour de la théorie pathologique, guidés en cela, par l'étude clinique des faits.

L'influence de l'inflammation dans les kystes tubo-ovariens est facilement établie par l'examen des antécédents des malades et des symptômes qu'elles présentent. En effet, que voyons-nous en général ? Une malade se présente à nous avec de la leucorrhée, des métrorragies, des douleurs, on trouve des métrites, périmétrites. pelvi-péritonites même, mais à forme légère. Comme causes, blennhorragie et infection puerpérale sont retrouvées presque toujours à l'origine du mal. Partons donc de ce processus et voyons comment nous pouvons expliquer les kystes tubo-ovariens ?

A la suite d'une blennhorragie, une vaginite d'abord, une métrite ensuite se sont déclarées. Suivant pas à pas son chemin à travers l'arbre génital, l'infection réalise les différents stades d'envahissement progressif et nous voyons ainsi des salpingites, ovarites, pelvi-péritonites et quelquefois même des péritonites. Les lésions sont en général bilatérales, mais prédominent d'un côté.

Comme nous l'a bien démontré l'anatomie pathologique, on trouve des lésions nettes de salpingite, tantôt légère, tantôt aggravée et aboutissant à un hydrosalpinx.

D'où les variabilités dans l'état de la trompe, comme épaisseur, comme calibre ; les franges du pavillon seront faiblement agglutinées « comme une fleur de marguerite non épanouie » (Pozzi), et cela avec un orifice abdominal perméable, d'autre fois repliées, renversées sur elles-mêmes, elles obtureront l'ostium abdominal.

Grâce à l'inflammation du tissu cellulaire ou du péritoine, cette trompe perméable encore ou complètement obturée, vient adhérer à l'ovaire. Cet ovaire, lésé souvent dans les affections tubaires, comme le dit Pozzi, ou déjà atteint par le processus kystique, réalise les conditions que nous avons étudiées. L'adhérence se crée, et il se produit dans les deux poches une hypersécrétion qui en augmente progressivement le volume. Sous l'influence de cette pression toujours croissante, la cloison progressivement distendue se résorbe et la communication est établie ; le contenu de l'ovaire est alors déversé dans la trompe. Si les franges du pavillon sont faiblement agglutinées, la salpingite est ouverte et les franges s'appliquent à la surface du kyste par l'extrémité de ces franges (Boursier), le liquide s'écoule dans la trompe par l'orifice de celles-ci.

Si nous avons un sacto-salpinx par salpingite oblitérante, il adhère par la face séreuse de son pavillon ; les franges distendues par un mécanisme opposé à celui qui établi leur contact, se libèrent, se retroussent, et viennent flotter dans le kyste ou adhérer à sa face interne. Comme l'écrivent le professeur Tédenat et le docteur Rives, dans la *Province médicale :* « Le point obscur est

de savoir pourquoi la paroi kystique ovarienne se perfore au point de contact, et surtout pourquoi sa résorption se fait exactement dans l'aire d'adhérences, si bien qu'après la cicatrisation des lésions la continuité des parois soit parfaite et que les épithéliums se continuent l'un par l'autre. » En effet, les franges tubaires existent libres et saillantes, il n'y a donc pas eu superposition d'une paroi ovarienne et d'une paroi tubaire, mais substitution d'organes sur une certaine étendue du kyste.

Il y a un mécanisme de perforation facile à expliquer, comme dans une des observations citées à la fin de ce travail, c'est lorsque des végétations kystiques venant de l'ovaire ont envahi la trompe ou *vice versa*.

Quand on trouve un ostium abdominal peu ou pas élargi, cela prouve que la dilatation tubaire existait avant l'abouchement, autrement dit, le sacto-salpinx était déjà constitué. En effet, si la dilatation s'était faite après coup, par suite de tension dans le kyste ovarique, l'ostium se serait dilaté comme le reste de la trompe.

Le mécanisme que nous venons de décrire est le plus commun, surtout lorsque la salpingite est aiguë, mais dans certains cas, on est obligé d'invoquer le mécanisme indiqué par le professeur Pfannenstiel et décrit par Preiser, dans les Archives de gynécologie allemandes.

Comme nous l'avons déjà dit, une sorte de segment intermédiaire « pyocèle péritubaire » joue le rôle important ; tantôt il y a abouchement purulent primitif du côté tubaire avec ovaire sain primitivement (Kaltscker), tantôt l'abcès s'est primitivement développé dans l'ovaire et a envahi la trompe enserrée par le pyocèle (Schaal), ou bien la suppuration a évolué concurremment des deux côtés. Il ne nous a point été donné d'observer de tels cas, dans

les observations par nous publiées et dues à l'obligeance de notre maître le professeur Tédenat.

En résumé, nous dirons que l'on peut rencontrer des cas très divers, et nous les classerons d'après l'état de la trompe :

1° On se trouve en présence d'un kyste tubo-ovarien formé par un kyste de l'ovaire et une trompe peu altérée. Elle n'aura pris qu'une faible part à la formation de la cavité, et c'est la dégénérescence kystique qui l'emporte. La trompe est fort peu altérée, son ostium abdominal n'est pas complètement fermé et assure lui-même la communication tubo-ovarienne. Les franges sous l'influence de l'inflammation ont pu devenir coalescentes, un hydrosalpinx ne s'ensuit pas fatalement. Le tout peut régresser, ou bien au moment de la rupture, les franges peuvent céder ; dans tous les cas, la trompe est normale ou à peine dilatée ;

2° La trompe est dilatée, on retrouve sur elle les différents caractères et lésions amenées par l'hydro-salpinx. On a deux cavités kystiques qui s'accroissent, et après être arrivées au contact, communiquent par le mécanisme décrit par Burnier en 1880 ;

3° Dans le cas de pyocèle péritubaire, la trompe et l'ovaire ne prennent qu'une faible part à la formation du kyste, la véritable tumeur est la pyocèle, qui ira constituer en s'unissant à l'ovaire, le kyste tubo-ovarien.

La théorie qui cadre donc le mieux avec la généralité des faits est la théorie pathologique inflammatoire, que l'inflammation ait son point de départ dans la trompe, ou qu'elle vienne de la sphère péri-annexielle.

SYMPTOMATOLOGIE-DIAGNOSTIC-TRAITEMENT

La symptomatologie des kystes tubo-ovariens est excessivement banale et ne présente aucun signe pathognomonique ou bien particulier.

La malade est entrée à l'hôpital, parce que son ventre grossissait, parce qu'elle ressentait des douleurs, ou présentait des métrorragies ; tels sont les premiers phénomènes qui attirent son attention et l'amènent vers le chirurgien.

La douleur pelvienne est accompagnée le plus souvent de douleur lombaire, cela avec sensation de pesanteur du ventre. La malade ressent des tiraillements dans le bas-ventre, une douleur insidieuse, peu forte d'abord, qui gêne la marche et se calme par le repos, exaspérée dans la suite par les mouvements violents, l'action de se baisser pour ramasser un objet, par le coït ; cette douleur peut être vive au point de provoquer des syncopes. Elle occupe toute la fosse iliaque du côté malade, s'irradiant vers les cuisses, les lombes, les hanches, le coccyx et l'anus. Le Dentu aurait observé même chez les nerveuses des états simulant la péritonite avec hoquet, vomissements, fièvre etc.

Le molimen menstruel transforme ces malades en véritables infirmes, leurs souffrances sont exacerbées. elles doivent garder l'immobilité la plus complète, tout mouvement étant trés douloureux.

La pression éveille la douleur dans la région intéressée et on a noté des troubles de la miction et de la constipation.

Souvent se produisent des accidents variables, causés par la compression des organes abdomino-pelviens, du côté de l'estomac : inappétence, nausées, vomissements ; du côté du rectum : constipation et même occlusion intestinale.

Les troubles menstruels sont fréquents, on rencontre assez souvent des ménorragies et des métrorragies graves, dans d'autres cas les régles sont supprimées, ou bien on a de la dysménorrhée douloureuse.

Un caractère que l'on rencontre quelquefois au cours des kystes tubo-ovariens, c'est un écoulement par le vagin d'un liquide clair, transparent, parfois hémorragique, écoulement souveut abondant, continuel ou périodique. Au fur et à mesure qu'il se produit, on voit la tumeur diminuer de volume, le liquide vient donc bien du kyste.

Certains auteurs ont cru remarquer que les kystes tubo-ovariens présentant des écoulements intermittents, des débacles, devenaient plus gros que les autres. Ce fait demandait explication et *Neelsen* a cru la trouver dans la comparaison avec l'hydronéphrose intermittente. Dans l'hydronéphrose fermée, la partie sécrétante du rein est rapidement détruite par la pression intérieure d'où arrêt de la sécrétion et volume relativement petit de la tumeur.

Dans l'hydronéphrose ouverte au contraire, la pression est moindre, la sécrétion plus facile, d'où augmentation beaucoup plus considérable de la poche.

Dans certains cas, on a en même temps de la leucorrhée ; ou bien des pertes jaunâtres ou sales, ce qui fait le plus souvent après examen porter le diagnostic d'annexite.

Les signes physiques nous sont fournis, par la vue, le palper et le toucher vaginal :

1° Si la tumeur est abdominale, on constate immédiatement par la vue, le volume du ventre, et c'est ce développement anormal, qui attire le plus souvent l'attention de la malade. Mais en général, il est rarement excessif, les petits kystes étant plus communs que les gros. L'aspect du ventre est celui d'un ventre contenant un kyste de l'ovaire et non celui d'un ventre ascitique ;

2° La palpation permet de sentir un abdomen, en général peu distendu et souple, ainsi qu'une masse arrondie, le plus souvent uniloculaire, rénittente immobile, indolente ou douloureuse, suivant les cas ;

3° Au toucher vaginal, on constate que l'utérus est haut entraîné par la tumeur dans son ascension, cela à différents degrés, suivant les cas. Les culs-de-sacs sont plus ou moins faciles à explorer, on peut y sentir la tumeur, masse plus ou moins régulière, accolée à l'utérus. Ce dernier suivant les cas peut être en anteflexion, ou en rétroflexion ou bien repoussé latéralement par la tumeur.

Le palper combiné au toucher, nous permet d'apprécier plus justement l'état des annexes. On peut sentir un cordon dur, résistant, allongé, irrégulièrement bosselé, mobile et indépendant de l'utérus. On peut percevoir aussi un bourrelet, très net, continuant la tumeur du côté de la ligne médiane, c'est le pédicule du kyste.

Le toucher rectal prudent, rendrait des services dans les cas de kystes prolabés dans le douglas.

Diagnostic. — D'après les antécédents des malades gonococciques ou puerpéraux, les symptômes que nous venons de décrire, pouvons nous porter le diagnostic de kyste tubo-ovarien ? Nous ne le croyons pas.

En effet, les symptômes, qu'ils présentent, leur sont peu spéciaux, et il est facile dans nombre de cas, de porter des diagnostics erronés. On les a souvent confondus avec des annexites banales, avec des hydro-salpinx, avec des kystes de l'ovaire, avec des kystes de l'ovaire et salpingite coexistants, avec des abcès tubo-ovariens, la salpingite dans ce cas pourrait faire le diagnostic. quoique entre ces lésions, ou puisse trouver toutes les transitions possibles. On a aussi plus d'une fois porté le diagnostic de fibrome utérin étant donné les métrorragies, qui présentaient souvent un caractère spécial de gravité et la tumeur semblant faire corps avec l'utérus.

Dans la littérature chirurgicale, on ne connaît que deux cas où le diagnostic préopératoire, ait été vérifié (cas de Gottschalk, cas de Schramm). Ces auteurs s'étaient fondés sur le signe de l'écoulement intermittent, ou provoqué par pression sur le kyste, et avaient à tort voulu en faire un signe pathognomonique ; en effet, certains hydrosalpinx présentent des écoulements auxquels correspondent des variations de volume de la tumeur qu'ils forment.

Les complications ne nous donnent pas non plus de symptômes spéciaux aux kystes tubo-ovariens.

La torsion du pédicule se manifeste par des phénomènes de brusque douleur abdominale, très violente, avec anxiété extrême, la respiration est saccadée, le pouls s'accélère. La malade a des nausées, puis vomit, le ventre se ballonne, la constipation est opiniâtre, bref, tableau de péritonite.

Dans les cas d'infection la température monte, la langue se sèche, le facies s'altère ; du côté de l'abdomen, la sensibilité s'exagère, la douleur et la défense musculaire rendent la palpation impossible.

TRAITEMENT

Le traitement des kystes tubo-ovariens est bien entendu purement chirurgical. Il consiste en l'exérèse de la tumeur après laparotomie.

Après anesthésie à l'éther et avoir préparé le champ opératoire par un brossage au savon, application de teinture d'iode fraîchement préparée et d'alcool, on pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. Après incision de la peau, du tissu cellulaire, de la ligne blanche, des plans musculaires et péritonéaux, on arrive sur l'utérus et les annexes. Le kyste découvert, on protège soigneusement la cavité abdominale par un lit de compresses et on ponctionne le kyste avec un trocart à kystes. Cela fait, après avoir obturé l'orifice de la ponction avec une pince de Kocher, on libère le kyste de ses adhérences, on sectionne le pédicule entre deux ligatures et on enlève le kyste.

Les annexes du côté opposé sont examinées, et s'il y a lieu, on en pratique l'exérèse.

Après toilette de la cavité abdominale et péritonisation, on suture les divers plans : surjet péritonéal, plan musculo-aponévrotique à points séparés et croisés par retour de chaque chef du catgut dans la paroi opposée, suture de

la peau aux agrafes de Michel, renforcées, s'il y a lieu par deux ou trois points aux crins de Florence. Après désinfection de la suture à la teinture d'iode et à l'alcool, pansement au leucoplaste, après interposition d'une étroite bande de gaze ; enlèvement des points au huitième jour.

CONCLUSIONS

1° Un kyste tubo-ovarien est constitué par un kyste de l'ovaire, en communication avec la trompe correspondante plus ou moins enflammée ou dilatée.

2° Les facteurs de la formation d'un kyste tubo-ovarien sont :

a) Une inflammation amenant une salpingite et péritonite circonscrite avec adhérences et fausses membranes.

b) Une dégénérescence kystique de l'ovaire.

3° Les kystes tubo-ovariens peuvent être divisés en :

a) Kystes résultant de l'union d'une trompe atteinte de salpingite et dilatée en sacto-salpinx avec un kyste de l'ovaire et de la disparition de leurs parois de séparation par atrophie de pression.

b) Kystes résultant de l'union d'une trompe à peine malade, légèrement dilatée, communiquant avec un kyste de l'ovaire.

c) Kystes dus à l'existence d'un exsudat péritubaire formé autour de l'extrémité abdominale de la trompe, qui s'entoure d'une poche l'encapsulant ou « pyocèle péritubaire » le tout se mettant en communication avec l'ovaire kystique.

4· Les kystes tabo-ovariens n'ont pas une symptomatologie spéciale et leur diagnostic est incertain.

5· Leur traitement est exclusivement chirurgical et consiste dans l'ablation par laparotomie.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Tédenat)

Mme L. E..., entre à l'hôpital suburbain, villa Fournier, le 14 novembre 1912, pour douleurs abdominales.

Réglée à 13 ans, couvenablement, pendant trois jours. Accouchement normul à 24 ans. A 27 ans, fausse couche de trois mois de cause indéterminée. Très peu de pertes blanches après cet avortement, mais ménorragies et même métrorragies. A 29 ans on lui fait un curettage pour pertes rouges qui duraient depuis trois mois sans arrêt. Elle ne souffrait pas à cette époque. Depuis ce curettage elle ne s'est jamais bien portée : douleurs vagues dans le ventre et les reins. En avril 1912, crise de douleurs abdominales assez vives, sans vomissements, avec constipation ; depuis cette époque le ventre est plus sensible ; douleurs lombaires, vives cuissons au méat urinaire ; douleurs à l'anus ; douleurs irradiées dans la fesse et le domaine du sciatique gauche.

L'état général est bon. Localement le toucher vaginal : montre : rétroversion utérine non mobile, masses annexielles bilatérales volumineuses et fixées.

Le 20 novembre 1912, par laparotomie on enlève les deux masses annexielles en laissant l'utérus qui n'est pas

gros et qui débarrassé de ses adhérences a repris sa mobilité.

Suites sans incidents. Après guérison opératoire, la malade a continué à souffrir du ventre et il sera probablement nécessaire de lui faire une hystérectomie secondaire.

Examen des annexes droites. — La trompe est contournée sur elle-même autour de l'ovaire. Elle présente des sinuosités multiples fixées par quelques adhérences. Son diamètre augmente depuis son extrémité utérine jusqu'à l'autre. Pas d'orifice abdominal visible. A cette extrémité la face séreuse de la trompe se continue sans ligne de démarcation apparente avec celle de l'ovaire. L'ovaire est étalé en surface sur la face postérieure du ligament large, il est représenté par une série de petits mamelons jaunâtres, séparés par des sillons scléreux profonds. A la partie la plus externe. l'ovaire se continue sur la poche. Il porte un petit kyste séreux indépendant du kyste tubo-ovarien.

Après incision de la pièce, on voit que l'ovaire porte un kyste à parois très lisses, gros à loger une amande verte. La trompe s'ouvre directement dans cette poche par un orifice de 15 millimètres de diamètre ; il n'y a là aucun rétrécissement mais la limite est marquée par la saillie des franges du pavillon, Les parois tubaires sont épaisses de 2 à 3 millimètres. Sur la zone ovarienne les parois s'épaississent progressivement de la partie kystique vers la partie solide. Le liquide contenu était fluide, de coloration un peu brune, on y trouvait des globules sanguins peu abondants.

Observation II

(Tédenat et Rives, *Montpellier médical*, 1912)

Mme E. F..., âgée de 46 ans, entre à l'hôpital le 29 mai 1911, au cours d'une hémorragie utérine. Son histoire génitale est la suivante ; réglée à 15 ans et demi, d'abord irrégulièrement, puis avec plus de régularité. Les règles duraient quatre jours, étaient indolores. Premier accouchement à 17 ans, normal et terminant une grossesse normale. Deuxième accouchement à 24 ans, suivi de phénomènes douloureux intenses, localisés à la partie droite de l'abdomen. Ces douleurs se sont atténuées avec le temps. Elles reparaissent de temps en temps. La malade dit ne pas avoir eu de pertes blanches à cette époque.

Vers la trentaine, les règles se manifestent, jusque là indolores, elles deviennent douloureuses, les douleurs précèdent et suivent l'écoulement sanguin. Pas de modifications de la période intermenstruelle, ni de la quantité de sang perdue.

En février-mars 1909, les règles sont supprimées deux fois, puis survient une métrorragie qui dure neuf jours. Vingt-cinq jours après, règles normales.

En avril-mai 1911, nouvelle suppression des règles. On reste dans l'expectative ; quinze jours après, hémorragie. L'écoulement dure neuf jours, il est accompagné de douleurs abdominales. En arrière de l'utérus et à droite, on sent une tumeur de consistance moins dure que celle de l'utérus, douloureuse à la pression et à la mobilisation de l'utérus. Cette tumeur, grosse comme un œuf de dinde, est accolée à la paroi postérieure de l'utérus. Il n'est pas possible d'affirmer, si elle fait ou non corps

avec celle-ci. Cependant, on a l'impression qu'il s'agit d'un fibrome mou. Les annexes gauches sont accessibles, un peu douloureuses.

Le 11 juin 1911, laparotomie médiane sous-ombilicale. Utérus rétroversé, mou, se déchirant sous la pince à griffes. Collée à sa face postérieure et à droite, tumeur d'aspect kystique, bleuâtre, globuleuse et dont le pôle volumineux descend dans le Douglas. Cette poche est décollée de bas en haut : elle est formée par les annexes droites. Elle est enlevée. On laisse les annexes gauches qui ont l'air saines. Hystéropexie par les ligaments ronds.

Suites sans incidents.

La pièce enlevée a l'aspect d'une cornue dont le col serait représenté par la trompe et la panse par l'ovaire. Elle mesure 9 cm. 1/2 dans sa plus grande dimension. La trompe est renflée à son extrémité utérine en une sorte de nodosité sphérique de 1 centimètre à peu près, puis après une courte partie moyenne peu dilatée, elle augmente de volume en se boursouflant irrégulièrement et finit par se confondre sans limite nette avec la panse arrondie de la partie ovarienne. Celle-ci est plus lisse, plus régulièrement arrondie ; mais il est impossible de délimiter exactement les deux parties tubaire et ovarique. Il semble que la zone de transition soit voilée par des dépôts d'adhérences. La poche est très mince et laisse voir son contenu fluide et fortement coloré en brun. Après ouverture de la poche on voit un orifice de communication entre la cavité tubaire et la cavité ovarienne. Cet orifice est perméable, il est bordé de quelques franges en saillie sur la face interne de la paroi, divergeant autour de l'orifice. Le point correspondant de la surface extérieure ne présente aucun aspect particulier. En aucun point de sa poche, on ne voit rien qui rappelle macroscopiquement l'ovaire, mais la consta-

tation opératoire ne permet pas de douter que celui-ci ne contribue à la formation du kyste. Le contenu très fluide était brun comme le serait une dilution sanguine déjà un peu vieille. L'examen cytologique n'y montre que des hematies déformées, abondantes. Un ensemencement sur bouillon est resté stérile.

L'examen histologique de la région périorificielle nous a montré les franges tubaires avec leur épithélium cylindrique, accolées à la face interne d'une paroi continue tubo-kystique, de nature conjonctive.

Observation III

(Idem)

Mme C..., 44 ans, de Lunel, entrée à l'hôpital le 26 octobre 1911 dans le service de M. le professeur Tédenat. Réglée à 15 ans 1/2, régulièrement d'emblée, cette femme a eu trois accouchements à terme, pas de fausse couche. Le dernier accouchement qui remonte à vingt-deux ans a été laborieux, mal surveillé, suivi au dire de la malade d'un « renversement de matrice ». Cependant sa santé, tant générale que génitale, est restée bonne jusqu'en juin 1910. A cette époque est survenue, pour la première fois, une métrorragie et depuis ce moment la menstruation a perdu toute régularité. De juillet à septembre 1911 les pertes sont quotidiennes et vers la fin de cette période, il s'y joint des pertes jaunes de mauvaise odeur. Au moment de son entrée elle venait d'avoir une nouvelle hémorragie pendant trois jours.

Pendant le mois de septembre, il y a eu aussi de fortes douleurs dans le bas-ventre et dans les reins. Ces douleurs ont recommencé à la fin d'octobre, elles sont plus intenses

dans les reins que dans le ventre, s'irradient à la fesse et à la cuisse gauche. Elles sont plus intenses quand la malade est debout. Il y a enfin des pertes de couleur blanc jaunâtre, en petite quantité, malodorantes, mais non fétides.

Au toucher, vagin profond et souple ; utérus en rétroversion légère, il n'est pas anormalement gros. Le col est large et excavé. Sa circonférence d'insertion au vagin est continue. L'excavation centrale est peu profonde ; irrégulière ; son fond est mamelonné et dur. Le doigt ressort taché de sang. L'utérus est mobilisable, mais avec production de vives douleurs ; cette douleur est réveillée aussi par l'exploration du cul-de-sac gauche qui cependant semble souple. La longueur du vagin rend l'exploration des annexes infructueuse.

Intervention le 7 novembre 1911, laparotomie médiane. L'utérus est petit, il est presque caché par un kyste placé à gauche, gros comme un orange. Ce kyste adhère en dehors et en arrière, mais ces adhérences sont détachées assez facilement. On ponctionne ce kyste, il sort un liquide séro-purulent jaunâtre dans lequel nagent des débris et des flocons. Le kyste ainsi vidé, on fait l'hystérectomie totale en respectant les annexes droites. Drainage vaginal. Péritonisation au-dessus, suture de l'abdomen sans drainage.

L'utérus présente un épithélioma du col.

Les annexes gauches forment un kyste tubo-ovarien. Il est adhérent au bord gauche de l'utérus de la corne jusqu'à l'isthme et est rattaché à la paroi postérieure de l'utérus par des adhérences assez épaisses. La face antérieure est revêtue par un péritoine normal, tandis que la face postérieure est couverte de débris d'adhérences. Elle est de couleur rouge et jaune par places. Le kyste, dans

son ensemble, est gros comme une orange. On voit à sa partie supérieure, le tiers interne de la trompe, dirigé transversalement et peu augmenté de volume, Puis la trompe se recourbe à angle droit et descend sur la face postérieure du kyste ou elle se perd sous des adhérences de plus en plus épaisses. On ne discerne pas le point exact où elle se termine. La poche est à peu près régulière, formé d'une paroi épaisse de 3 centimètres. La surface interne et irrégulière, tortueuse, semée de débris jaunâtres. On y voit nettement l'orifice de la trompe entouré de franges encore distinctes, plaquées contre la face interne du kyste. L'orifice permet le cathétérisme de la trompe avec un stylet pendant 2 ou 3 centimètres, le reste de la trompe n'est pas perméable. Le liquide n'a pu être recueilli. L'examen histologique de la trompe a montré de la salpingite interstitielle banale.

Observation IV

(Tédenat, *in* thèse Beis. Résumée)

J. C.,., 28 ans, entrée à l'hôpital le 3 décembre 1892. Réglée à 14 ans. A 25 ans, pertes blanches, chaleur à la vulve, mictions cuisantes, puis accidents de pelvipéritonite pendant un mois. Depuis lors douleurs fréquentes. La menstruation est précédée pendant huit ou dix jours, d'une recrudescence des douleurs, elle dure dix à onze jours. Santé générale moins bonne, dyspepsie, constipation. Une poussée de péritonite a tenu la malade au lit pendant vingt jours en octobre. A l'examen, l'utérus n'est pas gros, mais a perdu sa mobilité. Sur son côté gauche une tumeur vaguement bilobée, dure, douloureuse, for-

mant une légère voussure. Un sillon très net la sépare de l'utérus. Cette tumeur est considérée comme une annexite.

8 décembre, laparotomie médiane. Quelques adhérences du grand épiploon. La masse annexielle gauche est décollée de la face postérieure du ligament large et facilement enlevée. Suture pariétale à anse unique de fil d'argent. Suites simples ; la malade sort guérie le 28 décembre.

La tumeur se compose de la trompe épaissie et noduleuse dans ses trois premiers centimètres internes, dilatée en sacto-salpinx dans le reste de son étendue et fusionnée avec l'ovaire, qui a les dimensions des deux poings et présente l'aspect bosselé d'un kyste multiloculaire. A l'union de la portion cylindro-noduleuse avec la portion kystique de la trompe existe un sillon d'étranglement et une légère torsion. Nouveau sillon surtout marqué aux faces antérieure et postérieure, à l'union de la collection tubaire avec l'ovaire. Par places, des travées fibreuses sont jetées en pont au-dessus de ce sillon.

La portion interne de la trompe a son orifice très étroit ; la paroi épaisse, dure. Elle est incisée sur son bord supérieur et l'incision est prolongée sur la portion kystique et à travers un orifice de communication entre le sacto-salpinx et une poche kystique ovarienne. Le liquide contenu dans la poche en bissac est visqueux, de couleur jaune foncé. La cavité sacto-salpingienne logerait une grosse amande ; sa face interne est lisse, de couleur rose, avec quelques points d'un rouge vif. La poche ovarienne logerait une mandarine. Dans sa partie diamétralement opposée à l'orifice de communication, on voit deux bosselures qui sont formées par la saillie de kystes.

L'orifice qui fait communiquer le sacto-salpinx avec la poche ovarienne est arrondi de deux centimètres de dia-

mètre. On y reconnaît deux franges tubaires libres et flottantes repliées dans le sacto-salpinx. Deux autres franges accolées l'une à l'autre et rétractées adhèrent au pourtour de l'orifice. Le reste de l'ovaire a les caractères d'un kyste multiloculaire classique.

Sur des coupes microscopiques faites au laboratoire d'anatomie pathologique, on a constaté que, par places, l'épithélium tubaire était conservé, mais sans ses cils vibratiles. Lésions banales de la salpingite.

Observation V

Tédenat (*in* thèse Beis. Résumée)

M. D..., 36 ans, entre à l'hôpital le 5 février 1894. Réglée à 12 ans régulièrement. Accouchements à 24 et 26 ans.

A 33 ans, accidents peu intenses de métro-péritonite avec pertes jaunes. Depuis elle souffre à l'époque de ses règles.

Il y a un an, après un curettage, forte pelvi-péritonite, qui a laissé de fortes douleurs continuelles. Les règles donnent dix jours avec recrudescence des douleurs.

Le cul-de-sac postérieur est déprimé par une masse bosselée formée par les annexes gauches qu'on atteint par le palper. Elles forment une masse plus grosse qu'un gros poing d'adulte, à peu près immobile et très sensible à la pression.

10 février. Ablation bilatérale des annexes, difficile à gauche à cause des adhérences.

Suites sans accidents, la malade a été revue en très bonne santé.

Examen des pièces : Du côté gauche, la trompe épaissie

et noduleuse avait subi à 2 centimètres de son extrémité utérine, une torsion de près de deux tours de spire, et cette torsion était maintenue par des adhérences, établies de part et d'autre du sillon de torsion. Immédiatement en dehors de la ligne de torsion, la trompe est dilatée en forme de sac, ayant l'aspect et les dimensions d'un œuf de poule, dont le grand axe par le fait de la torsion se déjette en arrière et en dehors.

A l'extrémité antéro-externe arrondie du sacto-salpinx est appliqué l'ovaire, qui forme une poche kystique du volume d'une pomme d'api. Des adhérences anciennes et d'autres plus récentes sont disposées irrégulièrement autour de la masse annexielle. Elles sont surtout développées autour de la ligne de soudure de la trompe avec l'ovaire. Pour détordre la trompe, il a fallu sectionner les tractus-fibreux qui passaient d'un côté à l'autre du sillon de torsion.

Le sacto-salpinx est incisé suivant son axe. Il s'écoule environ un verre à bordeaux de liquide hématique visqueux et noirâtre. La collection intra-ovarique s'écoule par l'incision de la paroi tubaire lentement, et grâce à de légères pressions.

La poche ovarienne est incisée, et alors on voit les deux côtés de l'orifice qui met en communication la cavité tubaire avec la cavité ovarienne. Cet orifice est arrondi avec un diamètre de 3 à 4 millimètres, et son pourtour est goudronné par suite de la saillie des franges irrégulièrement accolées les unes aux autres et peu distinctes. La face interne de la paroi tubaire est tomenteuse avec des vaisseaux dilatés. Ça et là sont des plaques jaunes vert, comme s'il y avait eu des hémorragies interstitielles. L'ensemble de la paroi est épaissie.

La poche ovarienne présente un aspect analogue mais

moins tomenteux. Le reste de l'ovaire est bourré de kystes, dont quelques-uns ont les dimensions d'une petite noix. Ces kystes sont séparés les uns des autres par des cloisons fibreuses épaisses. La couche corticale de l'ovaire est épaïssie et dense ; par points il existe des nodules et des plaques légèrement saillantes de tissu fibreux.

Observation VI

Tédenat. Kyste tubo-ovarien dans un cas de papillomes intra-tubaires. Guérison persistant depuis cinq ans.
(Observation recueillie par le docteur Dusser)

Madame Marie Der...., 36 ans, entre à la clinique du professeur Tédenat le 6 novembre 1906 pour une tumeur abdominale.

Le père, âgé de soixante-treize ans, se porte bien ; la mère est morte à quarante ans d'un cancer de l'utérus. Trois frères plus jeunes se portent bien. Réglée à douze ans, mariée à vingt et un ans. Accouchements sans complications à vingt-trois et vingt-sept ans. La malade n'a jamais souffert de l'utérus ; pas de pertes blanches, les règles ont toujours eu une durée de quatre à cinq jours, sans douleurs, de quantité moyenne.

Il y a quinze mois, vagues pesanteurs dans le bas-ventre et les lombes. Règles plus abondantes avec quelques caillots. Il y a huit mois, la malade constate l'existence d'une tumeur au bas-ventre. Un médecin consulté conseille injections chaudes et ergotine quelques jours après les règles. Il croit à un fibrome utérin. La tumeur a rapidement augmenté de volume depuis trois mois et il y a cinq semaines est survenue une poussée péritonitique légère : nausées, douleurs de ventre, constipation, pouls à 100-120, température 38°5 pendant six jours. Actuelle-

ment 6 novembre 1906, les douleurs sont à peu près calmées. La tumeur remonte à deux centimètres au-dessus de l'ombilic ; elle occupe le côté gauche du bas-ventre, dépassant à droite la ligne médiane de quatre à six centimètres suivant les points. Elle est placée à gauche de l'utérus qu'elle déplace de façon très appréciable vers la droite. Elle présente quelques bosselures peu saillantes et une grande poche du volume des deux poings vaguement fluctuante. La sensibilité à la pression ne permet pas d'insister. D'ailleurs le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche paraît s'imposer.

10 novembre, laparotomie. Adhérences molles de l'épiploon. Elles sont faciles à détacher. On voit alors la trompe dilatée et tordue sur son axe, quelque peu adhérente à la partie gauche de l'utérus. Elle adhère à l'ovaire kystique. Toutes ces adhérences peu résistantes ayant été séparées, une ligature est placée sur le ligament infundibulo-pelvien ; la masse pathologique est alors surélevée et une double ligature est placée sur la trompe au ras de la corne utérine. L'excision de la tumeur a lieu avec un suintement sanguin peu abondant. Surjet au catgut rapprochant les surfaces cruentées. Les annexes droites saines sont conservées.

Suture de la paroi à trois places. La guérison était complète le 28 novembre, sans autre complication qu'un vomissement dans l'après-midi du jour de l'opération.

Examen des pièces : La trompe est dilatée par un liquide séreux, légèrement visqueux, jaune foncé, ses deux tiers externes sont distendus par le liquide jusqu'au volume des deux poings. Le pavillon de la trompe a ses franges soudées de façon peu solide et retournées en dedans vers la cavité tubaire. Elles sont assez distinctes les unes des autres. L'ovaire a les dimensions d'une grosse

orange qui adhère à la partie moyenne de la poche tubaire.

Il n'y a pas d'adhérences entre le kyste ovarien et l'extrémité fermée du pavillon. Après incision longitudinale de la trompe, la cavité de celle-ci montre des végétations en chou-fleur formant deux masses principales. La plus volumineuse a les dimensions d'une grosse noix lobulée avec des franges flottantes ayant de cinq à quinze millimètres de longueur.

L'autre a les dimensions d'une noisette, est grenue ; toutes les deux sont de couleur rouge foncé, de consistance dure et sont portées par un court pédicule. En plusieurs points de la dilatation tubaire existent de petits papillomes sessiles. Ils forment une petite plaque grenue de cinq centimètres de large au voisinage de l'orifice de communication de la poche tubaire avec la poche ovarique. Cet orifice, allongé en fente, long de deux centimètres, large de trois à cinq millimètres, suivant les points, a des bords minces.

La poche ovarique contiendrait une mandarine. Elle présente sur sa face opposée à la perforation une masse polykystique faisant saillie à la façon d'une amande. Il existe trois autres loges à contenu visqueux, dont le volume varie de celui d'une noix, à celui d'un œuf de poule.

Il semble bien que la perforation ait été produite par les masses papillaires qui présentaient par places des saillies dures et calcifiées.

L'examen microscopique n'a pas été pratiqué. L'opérée restait guérie en janvier 1912, cinq ans et deux mois après l'opération. Sa menstruation était régulière peu abondante et durait trois ou quatre jours, sans douleurs. Santé générale excellente.

A noter que la communication entre le kyste ovarique

véritable kystoma proliférans glandulare et le sacto-salpinx par tumeur endosalpingienne se faisait à cinq centimètres au moins en dedans du pavillon.

Observation VII

(Tédenat). — Kyste tubo-ovarien par communication d'un hydrosalpinx avec un kyste papillaire partiellement inclus. (Obs. recueillie par M. Ivanoff).

Mme Julie A..., trente-six ans, entre à la clinique de M. Tédenat, le 3 juin 1908 pour une tumeur abdominale datant de quinze mois, mais devenue très douloureuse depuis un mois et demi à la suite d'accidents péritonitiques.

Réglée à 13 ans de façon régulière, trois, quatre jours, chaque mois, sans douleurs, sans pertes blanches notables. Mariée à vingt-deux ans, elle a eu un accouchement normal et sans complications à vingt trois. La santé est bonne.

Il y a quinze mois, les règles sont devenues plus longues (six, huit jours) avec souvent de petits caillots ; des pertes blanches assez abondantes sont continues. Un médecin constate l'existence d'une tumeur qu'il conclut être un fibrome utérin. Il conseille des injections chaudes. La tumeur augmente progressivement de volume, provoque une pesanteur lombo-abdominale. Malgré les injections chaudes abondantes, les ménorragies ne diminuent pas et les pertes blanches tachent le linge.

Il y a six semaines, trois jours après la fin des règles, la malade éprouve une violente douleur au bas-ventre et aux lombes avec vomissements qui se répètent pendant 10 heures à trois reprises. Le ventre se ballonne un peu,

très sensible à la moindre pression. Cette poussée péritonitique dure six jours. Le pouls a dépassé 110 plusieurs fois, la température a oscillé autour de 39°.

5 juin 1908 : la malade a maigri et est pâle, mais ses forces ont repris depuis une dizaine de jours. Elle se nourrit et digère bien. Pas de sucre, pas d'albumine dans l'urine. Rien d'anormal à noter du côté des appareils respiratoires et circulatoires.

L'exploration combinée donne les résultats suivants : le col normal regarde en avant et à droite ; le fond de l'utérus est refoulé à gauche et en haut par une tumeur, que le doigt perçait peu mobile dans le cul-de-sac latéral droit. Cette tumeur présente quelques nodosités et une vague fluctuation. Le diagnostic s'impose de tumeur kystique du ligament lerge.

8 juin. Laparotomie. Quelques adhérences du grand épiploon. La tumeur se présente avec une surface rouge-gris, vaguement fasciculée en travers ; en dehors manquent les fascicules musculaires qui sont constitués par le ligament large. En avant et à droite, au milieu d'adhérences épiloïques, dont la partie centrale a été sectionnée après ligature, est la trompe dont le pavillon est dilaté jusqu'au volume d'une petite poire avec torsion au point où en dedans commence la dilatation. Ligature du ligament infundibulo-pelvien. Ligature double à la partie interne de la trompe. Excision du kyste et de la trompe accolée. Toilette de la cavité pelvienne rapidement faite. Suture à trois plans de la plaie pariétale. Guérison rapide *per primum*. La malade quitta la clinique le 29 juin.

Examen des pièces : la trompe a une paroi mince et lisse, son pavillon a ses franges soudées les unes aux autres et retroussées en dedans. A la partie inférieure de

la dilatation tubaire est un orifice arrondi par lequel la cavité de l'hydrosalpinx communique avec un kyste ovarien monoloculaire du volume de deux poings, bourré de végétations. Kyste et trompe adhérent fortement sur une surface longue de 5 centimètres larges de 3 centimètres.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Bauchet. — Mém. de l'Acad de Médecine 1859 tom. XXIII, et Bull. de la Soc. de Chirurgie. T. X,

Beahan. — Tub. ovarian adhésions. s. am. M. ass. Chicago, 1900.

Beaucamp. — Ueber Tubo-ovarialschwangerschaft, Inaug. dissert. Berlin, Juin 1884.

Bland-Sutton. — Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes. Londres 1891, P. 526.

Blasius. — Commentatio de hydrope ovariorum profluente, Halle 1834.

Beis. — Thèse de Montpellier 1902-1903, n° 71.

Boursier. — Congrès français de Chirurgie, 1904.

Burnier. — Zeitsch f. Geb. und Gyn. 1880. Bd., VIII, p. 357 et 1881, Bd., VI, p. 90.

Cabaniols. — Thèse de Paris 1899-1900, n° 288.

Cabaniols et Legueu. — Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale 1900.

Chambon. — Traité des maladies des femmes, Livre VI, an IV, 5e partie.

Coelho. — Pathogenia dos kyst. tubo-ovarionos. Méd. contemp. Lisbonne, 1901, IV, 233-234.

Delbet. — Bull. de la Soc. anat. de Paris 1892, p. 300.

Elliot. — Amer. Jour, of. Obstet. 1887, p. 141.

Gottschalk. — Centralblat für Gyn. 1891, n° 22, p. 458.

GRIFFITH. — Trans. Obstet. Soc. of London 1er juillet in Brit. med. journ. 1887, p. 1277.

HILDEBRANDT. — Die Neue Gynœk, Universitatsklinik zu Kœnigsberg Leipsig, 1875, p. 109.

HOOS. — Beitrage zur Kenntniss der tubo-ovariatopten 1901, Inaug. Dissert. Marburg, 1902.

KLOB. — Patholog. anat. der Weibl. Sexualorgane, Wien 1864, S. 347.

LABADIE LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie 1901.

LABBÉ. — Bull. de la Soc. Anat. mai 1857, p. 141.

— Leçons de clinique chirurgicale, 1876.

LAWSON-TAIT. — Traité des maladies des ovaires. Trad. française.

LETENNEUR. — Gaz. des Hôpitaux 1859, n° 13, p. 50-51.

MARTIN. — Die krankh. d. Eilater. Leipsig 1895.

MORGAGNI. — Lettre XXVIII.

NASSAUER. — Hydrorrhœa-ovarialis intermittens. Zur Lehre von den tub. ov. Cysten. Münch. med. Wochenschr. 1900, n° 7-9.

OLSHAUSEN. — Die Krankh. der ovarien. Stuttgard 1886, p. 59.

Orthmann. — Arch. f. pathol. anat. u. phys., CLV, 2.

POZZI. — Traité de Gynécologie 1897.

PREISER. — Arch. f. Gynœk, 1901. Bd. LXIV,

RICHARD. — Mém. de la Soc. de Chirurgie 1853, T. III, p. 121.

— Bull. de l'Acad. de Méd. 10 février 1857, t. XXII, p. 356.

— Bull. gén. de Thérap 1857, t. LII, p. 152.

ROBINSON. — Amer journ. of Obstet. 1891. T. XXIV, p. 1311.

ROKITAUSKI. — Allg. Wien med. Zeit 1859, n° 35.

ROSINELLI. — A mali di ost. e gyn. 1911.

ROSTHORN. — Centralbl. f. gyn. 1891, p. 515 et Verhandl. der deutscher Gesellsch. für Gyn. 1891, p. 327.

— T. Beitr. zur Kenntniss der tubo-ovariatopten. Billroth, Festchrift 1892.

RUNGE-THOMA. — Archiv. fur. Gyn. 1885. Bd. XXVI, p. 72.

SCHNEIDEMUHL. — Deutsch. Zeitsch. f. Thiermed. u. Vergl. Pathol. 1883 Bd. IX, p. 79.

SCHRAMM. — Centralblatt. f. Gyn 1890, n° 53, p. 593.

— Archiv. f. Gyn. 1891, Bd. XXXIX p. 16.

SPENCER-WELLS. — Traité des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, 1883, p. 20-27.

TÉDENAT et RIVES. — Soc. des sc. méd. de Montpellier. *in* Montpellier médical, 19 mai 1912.

— Province médicale, 10 mai 1913, n° 19.

VEIT. — Krankheiten d. Neiblichen Geschlechts organe Erhlangen 1867. S. 481 (Ectirt nach. Burnier).

— Lehrb d. Frauenkr. Gotingen. 1870, p. 633.

VON OTT. — Centre, f. Gyn 1892, n° 37, p. 721.

VULLIET. — Revue méd. de la Suisse romande, mars 1884 et Arch. f. Gynak. Berlin 1883-1884, B. XXII.

WACHSMUTH. — Dissert. inaug. Halle 1885.

ZAHN. — Arch. f. pathol. anat. u. phys. CLI,

ZEDEL. — Zeitschr. für Geburtsh. und Gyn. 1894.

ZWEIFEL. — Arch. f. Gyn. 1891. Bd XXXIX, p. 353.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 8 juillet 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 7 juillet 1913
Le Doyen,
MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !